



KBV

Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland

Positionsbestimmung der Bundesärztekammer
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland

Positionsbestimmung der Bundesärztekammer
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Impressum

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel. 030/40 04 56-0
Fax 030/40 04 56-707
www.bundesaerztekammer.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel. 030/40 05-0
Fax 030/40 05-2290
www.kbv.de

Druck: enka-druck, Berlin
Gestaltung: da vinci design GmbH, Berlin
Fotos: da vinci design GmbH, fotolia

Stand: April 2011

Inhalt

1. Aktuelle Ausgangslage und Problemstellung	6
2. Zahlen, Daten, Fakten	10
3. Begriffsbestimmung des Honorararztes und Typologien	14
3.1 Begriffsbestimmung	14
3.2 Typologien	16
4. Ursachen, Motive und Beweggründe für honorarärztliche Tätigkeit	18
5. Kollegiales Miteinander aus der Perspektive des Honorararztes und des festangestellten Arztes	22
6. Rechtliche Aspekte honorarärztlicher Tätigkeit	25
6.1 Kammerzugehörigkeit	25
6.2 Mitgliedschaft im Versorgungswerk	26
6.3 Scheinselbstständigkeit	27
6.4 Teilzeitanstellung von Vertragsärzten im Krankenhaus	30
6.5 Nebentätigkeit	33
6.6 Haftung	34
6.7 Unfallversicherung	35
6.8 Arbeitnehmerüberlassung	38
7. Honorarärzte und Weiterbildung	40
8. Honorarärzte und Fortbildung	42
9. Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung – Qualitätskriterien und -anforderungen	44
9.1 Honorarärzte	45
9.2 Medizinische Einrichtungen als Vertragspartner.....	46
9.3 Vermittlungsagenturen	46
10. Schlussfolgerungen und erste berufspolitische Bewertungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	47
Anhang: Mitglieder der Arbeitsgruppe	52
Copyright für Fotos	54

1. Aktuelle Ausgangslage und Problemstellung

Seit einigen Jahren ist eine deutliche Zunahme honorarärztlicher Tätigkeiten¹ in Deutschland zu verzeichnen. Auch wenn bis Ende 2010 keine detaillierten Daten vorlagen (siehe 2. Kapitel „Zahlen, Daten, Fakten“), gehen unterschiedliche Einschätzungen davon aus, dass über 60% der medizinischen Einrichtungen in Deutschland den Einsatz von Honorarärzten erwägen oder bereits praktizieren.

Zwar ist es seit Jahrzehnten üblich, dass Ärztinnen und Ärzte sich zum Beispiel bei Urlaubs- oder Praxisvertretungen zeitweise unterstützen und vertreten, insbesondere in ländlichen und dünn besiedelten Regionen. Neu ist jedoch die Zunahme honorarärztlicher Tätigkeiten etwa seit dem Jahr 2005. Dabei handelt es sich beispielsweise um die Übernahme von Diensten, Stationsarbeiten, Visiten und administrativen Tätigkeiten, aber auch um die punktuelle Einbindung von Spezialisten zur Kompensation von Ausfallzeiten beziehungsweise Auslastungsspitzen. Angesichts des zunehmenden Ärztemangels und veränderter Anforderungen einer neuen Ärztegeneration an die Rahmenbedingungen überrascht diese Entwicklung nicht.

Gleichzeitig hat sich im Vergleich zu früheren Jahrzehnten die Einstellung zu den Arbeitszeiten deutlich geändert. Dies betrifft den Umgang mit unentgeltlichen Überstunden, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie das Verständnis der „work-life-balance“.

Aus Sicht der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist daher eine dezidierte Auseinandersetzung mit den Ursachen und Wirkungen der zunehmenden honorarärztlichen Tätigkeiten erforderlich. Ziel ist, auf der Basis von Sachanalysen notwendige Schlüsse zu ziehen und Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten.

¹ Im Folgenden ist mit dem Begriff Honorararzt / Honorarärzte immer auch die weibliche Form gemeint.

Viele Ursachen dieser Entwicklung gehen weit über den reinen Bezug zu Honorarärzten hinaus. Dazu gehören die wachsende Ökonomisierung der Medizin, die massive Zunahme an Verwaltungstätigkeiten, die sinkende Akzeptanz hierarchischer Strukturen sowie fehlende Karrierechancen in Klinik und Praxis. Diese Einflussfaktoren sind für Ärztinnen und Ärzte aller Berufsausübungsformen wesentliche Impulse.

Entscheidend ist nicht nur die Versachlichung der Diskussion über die Ursachen und Wirkungen sowie die Vor- und Nachteile einer honorarärztlichen Tätigkeit. Aus der Diskussion resultieren darüber hinaus positive Anregungen für Ärztinnen und Ärzte, die in den Arbeitsalltag einfließen können. Damit sind insbesondere Impulse gemeint, die ärztliche Arbeitsbedingungen verbessern, Arbeitszeitmodelle modernisieren, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf optimieren sowie eine ausreichende Qualität und Quantität an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten sichern. Beispiele sind Diskussionen zu Vorschlägen von Maßnahmen gegen den Ärztemangel, zur Versorgungsgesetzgebung, Bedarfsplanung etc.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 25./27.06.2010 in enger Abstimmung mit und unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Arbeitsgruppe gebildet und diese gebeten, die aktuelle Situation und praktischen Erfahrungen mit relevanten Verbänden, Institutionen, Krankenhausvertretungen und weiteren Beteiligten der Gesundheitsversorgung vorbehaltlos zu erörtern.

Diesem Vorschlag folgend, fanden im weiteren Verlauf der Beratungen eingehende Gespräche mit führenden Repräsentanten folgender Organisationen statt:

- ▶ Bundesverband der Honorarärzte
- ▶ Berufsverbände
- ▶ Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- ▶ Fachgesellschaften
- ▶ Haftpflichtversicherer
- ▶ Medizinrechtler
- ▶ Vermittlungsagenturen

Da es sich um „work in progress“ handelt, ermöglicht der vorliegende Bericht lediglich eine Übersicht zu wesentlichen Aspekten und eine erste berufspolitische Einschätzung. Er ist nicht als abschließend zu verstehen.

Nicht zuletzt sollen auch kritische Rückmeldungen und Erfahrungen detailliert analysiert und berücksichtigt werden, um ungerechtfertigten Generalisierungen positiver oder negativer Art vorbeugen zu können. Angesichts noch fehlender belastbarer Daten ist es umso wichtiger, den aufgenommenen Diskurs mit den beteiligten Institutionen, Verbänden, Arbeitgebern, medizinischen Einrichtungen und weiteren Beteiligten fortzuführen.

Nur unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Eindrücke und Erfahrungen wird es gelingen, die aktuelle Entwicklung des zunehmenden Einsatzes von Honorarärzten in Deutschland sachgerecht einzuschätzen und die notwendigen Schlüsse zu ziehen.

Die aus der Diskussion resultierenden Impulse gilt es mittelfristig in Maßnahmen umzusetzen. Dies ist vor allem in einer Zeit wichtig, die durch längerfristigen Ärztemangel und reduzierte Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis geprägt ist. Davon sollen letztlich alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte profitieren, unabhängig von der Form ihrer Berufsausübung.

ZUSAMMENFASSUNG

Seit einigen Jahren kommen in Deutschland vermehrt Honorarärzte zum Einsatz. Einige Ärztinnen und Ärzte sehen in dieser Form der Berufsausübung eine Option, mehr Berufsfreiheit zu gewinnen, Familie und Beruf besser zu vereinbaren sowie gut zu verdienen. Eine von der Bundesärztekammer gebildete Arbeitsgruppe erörtert und analysiert diese Entwicklung im Dialog mit betroffenen Organisationen.



2. Zahlen, Daten, Fakten

Der sich verschärfende Ärztemangel bedingt den zunehmenden Einsatz von Honorarärzten in Deutschland. Der Einsatz erreicht jedoch bei weitem nicht die Größenordnung anderer Gesundheitssysteme, in denen seit Jahren bis zu 10% der Ärztinnen und Ärzte als Honorarkräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen arbeiten (siehe Großbritannien, USA etc.). Einer Erhebung des Marburger Bundes von 2011 zufolge können in Deutschland derzeit bis zu 12.000 Stellen in der stationären Versorgung und etwa 3.500 Stellen im Bereich der ambulanten Versorgung nicht besetzt werden. Um daraus resultierende Versorgungsspitzen und -engpässe zu überbrücken, sind viele Kliniken und medizinische Einrichtungen auf die Unterstützung von Honorarärzten angewiesen. Dies betrifft insbesondere die Flächenregionen des Landes.

Das Deutsche Krankenhausinstitut und der Marburger Bund machen unterschiedliche Angaben zum Nachbesetzungsbedarf ärztlicher Stellen in deutschen Kliniken. Während das Deutsche Krankenhausinstitut den Bedarf mit mindestens 5.500 Stellen beziffert, geht der Marburger Bund von bis zu 12.000 Stellen aus und beruft sich dabei auf die Ergebnisse seiner Umfrage von 2011. Die Diskrepanz beruht nicht zuletzt auf der unterschiedlichen Berücksichtigung der in Deutschland tätigen Honorarärzte: Kliniken registrieren Stellen auch dann als „besetzt“, wenn Honorarärzte dort vorübergehend tätig sind. Der Marburger Bund geht dagegen vom realen Nachbesetzungsbedarf bei fest angestellten Ärztinnen und Ärzten aus.

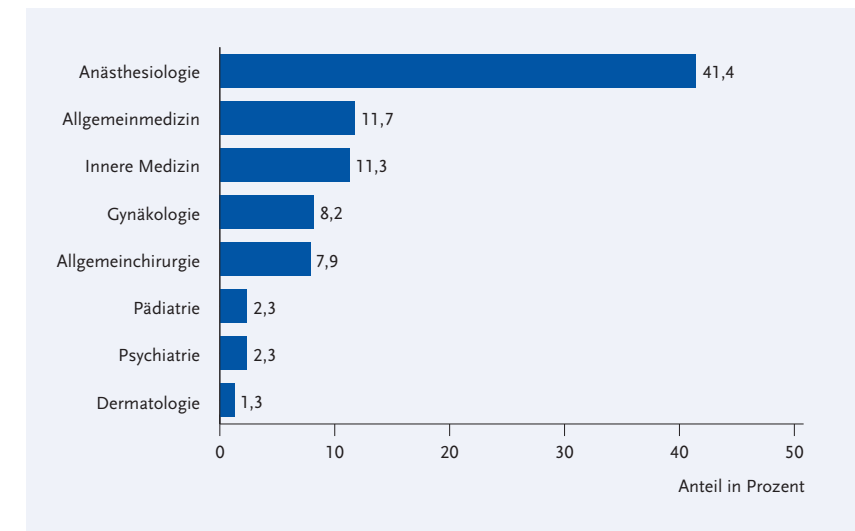
Aufgrund der zunehmenden Relevanz des Themas Honorarärzte empfahl der 113. Deutsche Ärztetag 2010 dem Vorstand der Bundesärztekammer über die Einrichtung der Arbeitsgruppe hinaus weitere Maßnahmen: Er regte an, über die Aufnahme von Angaben zur Tätigkeit des Honorararztes in die Meldedaten der Landesärztekammern zu beraten.

Eine aktuelle Erhebung des Bundesverbandes der Honorarärzte ermöglichte, die Zahl der in Deutschland tätigen Honorarärzte weiter einzugrenzen. Dabei wurden auch die Erfahrungen spezialisierter Vermittlungsagenturen berücksichtigt:

Schätzungsweise 3.000–4.000 Ärztinnen und Ärzte sind zeitweise, teilweise oder in Vollzeit als Honorarärzte beschäftigt, darunter ca. 800 täglich (2010 gab es in Deutschland insgesamt 333.599 berufstätige Ärztinnen und Ärzte).

Die Umfrage lieferte weitere differenzierte Ergebnisse: Fachärzte für Anästhesiologie stellen mit 41,4% die größte Gruppe der Honorarärzte. Weitere relevante Fachgebiete sind die Allgemeinmedizin (11,7%), die Innere Medizin (11,3%), die Gynäkologie (8,2%) sowie die Allgemeinchirurgie (7,9%). Honorarärzte sind außerdem in der Pädiatrie (2,3%), in der Psychiatrie (2,3%) und in der Dermatologie (1,3%) tätig. Die Daten zeigen zudem, dass etwa 90% der Honorarärzte einen Facharzttitel besitzen und durchschnittlich 14 Jahre Berufserfahrung haben. Speziell diese Ergebnisse widersprechen den subjektiven Eindrücken einiger Leiter medizinischer Einrichtungen.

Fachgebiete der Honorarärzte



Honorarärzte sind im Durchschnitt 47,9 Jahre alt und gehören damit zu den erfahrenen Ärzten im deutschen Gesundheitswesen. Viele entscheiden sich nach einer längeren Tätigkeit in Klinik und Praxis zu diesem Schritt.

Dass der zunehmende Ärztemangel dabei eine wichtige Rolle spielt, zeigt eine Erhebung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Sie lieferte ca. 1.500 auswertbare Antworten von chirurgischen Chef- und Oberärzten, die zu 47% aus Kliniken der Grund- und Regelversorgung und zu 25% aus dem Bereich

der Schwerpunktversorgung stammen. Die Auswertung der Antworten bestätigt eine enge Korrelation zwischen unbesetzten Planstellen und der Beschäftigung von Honorarärzten. Bei ca. 17–37% der chirurgischen Abteilungen gab es nicht besetzbare Facharztstellen, bei 37–47% nicht besetzbare Assistenzarztstellen. Insgesamt arbeiten Honorarärzte in rund 65% der deutschen Kliniken, und in ca. 33% der chirurgischen Abteilungen. Diejenigen Kliniken, die an der Erhebung teilgenommen haben und Honorarärzte in der Chirurgie beschäftigen, haben zu 43,5% freie Assistenzarzt- und zu 61,6% freie Facharztstellen.

Der Mangel an Fachärzten führt demnach eher zur Akquisition von Honorarärzten als der Mangel an Assistenzärzten. „Dies lässt indirekt darauf schließen, dass freie Assistentenstellen auf andere Weise kompensiert werden, z. B. durch Mehrarbeit der Stamm-Mannschaft oder durch chirurgisches Assistenzpersonal.“ (Der Chirurg, BDC, 8/2010). Zudem bestätigt die Erhebung den dringenden Bedarf an Honorarärzten: „33% von ihnen (den Chefärzten) gaben an, dass es im Interesse der Krankenversorgung keine Alternative zur Beschäftigung von Honorarärzten gab.“

In punkto Kooperationsfähigkeit sind die Daten der BDC-Umfrage recht eindeutig und relativieren einige subjektive Rückmeldungen. 50% der Chef- und Oberärzte bezeichneten die Zusammenarbeit mit Honorarärzten als „sehr gut“ und „gut“, 35% äußerten sich neutral. Lediglich 14% fanden die Zusammenarbeit „schlecht“.

Ein ähnliches Bild ergibt die Beurteilung der Qualifikation: 60% der Antworten bescheinigen Honorarärzten eine „sehr gute“ oder „gute“ Qualifikation, 12,3% eine „schlechte“ oder „sehr schlechte“. Über die Hälfte (55%) der Honorarärzte beteiligt sich am normalen Dienstbetrieb und 40–70% an Bereitschaftsdiensten (OP tagsüber 75%, Notaufnahme 39%, OP-Bereitschaftsdienst 28%, Indikationsbesprechung 17%, Weiterbildung von Assistenten 14%, Intensivmedizin 8%).

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beträgt ca. 40 Stunden; die Einsatzzeiten variieren von Stunden bis Monate. 44,3% der Erhebungsteilnehmer sind ausschließlich als Honorarärzte tätig, im Schnitt seit 3,6 Jahren. Zwei Drittel der Befragten waren Ärzte, ein Drittel Ärztinnen.

Der Umfrage des Berufsverbandes der Honorarärzte zufolge hatten 68,7% der Teilnehmer Kinder. Bereits in früher durchgeführten Studien und Erhebungen

kam der Wunsch vieler Teilnehmer zutage, Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Vor diesem Hintergrund kann der hohe Prozentsatz an Honorarärzten mit Kindern ein Indiz dafür sein, dass die Berufsoption Honorararzt gerade für Erfahrene und Wiedereinsteiger für eine gewisse Zeit attraktiv ist. Dies lassen Rückmeldungen von Personalverantwortlichen und -verwaltungen sowie von Honorararzt-Agenturen vermuten.

Die derzeit verfügbaren Daten sind in Kombination mit der Expertise der Betroffenen (Institutionen, Verbände und Honorarärzte) eine gute Grundlage für die weitere Debatte. Auf Anregung der Arbeitsgruppe findet seit dem 4. Quartal 2010 erstmals ein Meldeverfahren für Honorarärzte statt. Seine Ausgestaltung und Differenzierung hängt unter anderem von den Erfahrungen und Rückmeldungen der Landesärztekammern ab. Ziel ist die mittelfristige Optimierung der Datenbasis und -qualität im Sinne eines Monitorings. Zu diesem Zweck soll das begonnene Meldeverfahren regelmäßig evaluiert und bei Bedarf weiter differenziert werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Da belastbare Zahlen, Daten und Fakten in Deutschland fehlen, wurde parallel zur Arbeit dieser Arbeitsgruppe ein Meldeverfahren für Honorarärzte initialisiert. Es soll künftig weiter ausgestaltet und differenziert werden.

Die Arbeitsgruppe aus Vertretern der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat mit vielen betroffenen Institutionen, Verbänden und Experten über Zahlen, Daten, Fakten und Erfahrungen gesprochen. Ergebnis war, dass Honorarärzte nicht Ursache, sondern Symptom des Ärztemangels sind. Die Bemühungen konzentrieren sich auf eine weitere Versachlichung der Diskussion.

3. Begriffsbestimmung des Honorararztes und Typologien

3.1 Begriffsbestimmung

Die verschiedenen Ausprägungen honorarärztlicher Tätigkeit werfen die Frage auf, ob es sich hierbei um eine neue Form ärztlicher Berufsausübung handelt. Die Antwort wird von der Beschreibung des Begriffes „Honorararzt“ abhängen. Dabei geht es vorrangig um die Erfassung der Wesensmerkmale, weniger um die Beschreibung aller verschiedenen Typologien honorarärztlicher Tätigkeit.

Die Bundesärztekammer versteht unter dem Begriff des Honorararztes Fachärztinnen und Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätig sind².

Honorarärzte müssen Fachärzte sein, weil bei Ärzten mit einer Approbation allein oder in Weiterbildung viele arbeits- und haftungsrechtliche Fragen auftreten können (siehe 7. Kapitel „Honorarärzte und Weiterbildung“). Ärzte in Weiterbildung brauchen zur Anerkennung dieser Zeit zudem den Nachweis eines Arbeitsverhältnisses von mindestens sechs Monaten. Insbesondere

² Diese Begriffsbestimmung stellt ausdrücklich keinen Vorschlag zu einer Legaldefinition dar.

Krankenhausträger als Arbeitgeber sollten daran interessiert sein, dass ihre Honorarkräfte als Fachärzte den entsprechenden Standard erfüllen.

Gelegentlich werden Ärzte im Rettungsdienst auch ohne Facharztstatus Honorarärzte genannt, weil sie über die Fachkunde Rettungsdienst verfügen. Dies ist nicht korrekt: Bei einer solchen Konstellation sollte der Begriff Honorararzt nicht verwendet werden. Der Tätigkeit im Rettungsdienst steht dies jedoch nicht entgegen.

Mögliche Einsatzorte von Honorarärzten sind alle medizinischen Einrichtungen, in denen Ärzte arbeiten können oder müssen. Neben dem Krankensektor steigt die Nachfrage in Rehabilitationskliniken und medizinischen Versorgungszentren (dort als Vertretungsarzt). Auch Praxisvertreter alter Prägung erfüllen letztlich die Merkmale eines Honorararztes.

Die honorarärztliche Tätigkeit ist zeitlich befristet, da sie vorübergehende Engpässe in der ärztlichen Versorgung überbrückt. Das Honorar für diese freiberufliche Leistung wird frei vereinbart und unterscheidet sich somit vom Gehalt des Angestellten oder vom Lohn des Arbeiters.

Auch Honorarärzte sind in einem freien Beruf tätig (§ 1 Bundesärzteordnung). Zentrales Merkmal dieser Tätigkeit ist die Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Die Arbeit als Honorararzt ist nicht an eine Niederlassung in eigener Praxis gebunden. Im Gegenteil haben Honorarärzte in der Regel keine Praxis. In einem freien Beruf beruht auch ihre Tätigkeit auf professioneller Autonomie mit ethisch begründeten Normen und Werten. Sie basiert auf hoher Fachkompetenz unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten, verbunden mit Leistungsbereitschaft, Integrität und Verschwiegenheit.



3.2 Typologien

Die honorarärztliche Tätigkeit umfasst unterschiedliche Begrifflichkeiten und Ausübungsformen. Sie sind unter anderem als Vertretungs-, Interims-, Leih- oder Notdienstärzte im Einsatz, decken den Bedarf bei Flugrettungsdiensten, bei der Begleitung von Reise- oder Sportgruppen, bei Kreuzfahrten oder Großveranstaltungen. Sie arbeiten in Gesundheitsressorts, erstellen Gutachten, wissenschaftliche Ausarbeitungen und betreuen im Bedarfsfall klinische Studien.

Vertretungsarzt

Honorarärzte sind zu Beginn des neuen Jahrzehnts schwerpunktmäßig als Vertretungsärzte tätig. Das zeigen 2010 geführte Gespräche mit Institutionen, Verbänden und Einrichtungen. Für diese Einschätzung spricht auch die Verteilung der Mitglieder im Berufsverband der Honorarärzte sowie die erhobenen Studiendaten (siehe 2. Kapitel „Zahlen, Daten, Fakten“). 60,5% der Studienteilnehmer arbeiten auf honorarärztlicher Basis in der stationären Versorgung, 29,4% in der Notdienstversorgung und 17,8% in Praxisvertretungen. Die aktuellen Einschätzungen der Bundesärztekammer werden sich daher zum größten Teil auf den Typus Honorararzt als Vertretungsarzt beziehen.

Kooperationsarzt

Kooperationsärzte sind in der Regel niedergelassene Ärzte, die gegen Honorar in medizinischen Einrichtungen arbeiten und z. B. für Kliniken die Hauptbehandlungs- bzw. wesentlichen Leistungen erbringen. Verstärktes Interesse in operativen Fachdisziplinen besteht insbesondere nach dem Wandel nach der G-DRG-Einführung von Budget- in Richtung Mengenverhandlungen sowie durch die Vorgaben von Mindestmengen.

„Honorar-Belegarzt“

Diese neue Form honorarärztlicher Berufsausübung ist eine Art Mischform zwischen Beleg- und Honorararzt. Sie hat sich aufgrund der 2009 erfolgten Einführung des Absatzes 5 im § 121 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 3 KHEntG entwickelt. Vertragspartner ist in der Regel das Krankenhaus. Im Gegensatz zum klassischen Belegarzt hat der Honorar-Belegarzt jedoch keinen eigenen direkten Vergütungsanspruch gegen den Patienten.

Konsiliararzt

Diese honorarärztliche Tätigkeit basiert auf der Einzelanforderung von Leistungen: In der Regel zieht ein Krankenhaus den Konsiliararzt zwecks ergänzender Klärung einer medizinischen Fragestellung hinzu. Er unterstützt seinen ärztlichen Kollegen, indem er ihn nach entsprechender Untersuchung des Patienten berät.

ZUSAMMENFASSUNG

Da die Einsatzgebiete von Honorarärzten heterogen sind und eine Definition im SGB V fehlt, wurde eine Begriffsbestimmung im Sinne einer Eingrenzung notwendig: Honorarärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet und auf Honorarbasis freiberuflich tätig sind. Diese Begriffsbestimmung trifft insbesondere auf den derzeit überwiegenden Typus des Vertretungsarztes zu. Weitere Typologien sind der Kooperationsarzt, der „Honorar-Belegarzt“ und der Konsiliararzt.

4. Ursachen, Motive und Beweggründe für honorarärztliche Tätigkeit

In der 2010 abgeschlossenen Honorararztstudie³ gaben die rund 900 Teilnehmer ihre Gründe an, warum sie als Honorararzt arbeiten. Die Mehrzahl nennt an erster Stelle die Unzufriedenheit mit den derzeitigen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen. Kritikpunkte sind insbesondere die fehlende berufliche Autonomie sowie mangelnde Möglichkeiten, in Teilzeit zu arbeiten. Ein wesentlicher Beweggrund ist die gefühlte Unabhängigkeit und die Freiheit, das Arbeitsmaß selbst bestimmen zu können. Honorararzt werde man nicht nur wegen finanzieller Anreize, sondern vor allem aus Enttäuschung und Unzufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen. Diesem habe man teilweise jahrelang viel Geld in Form von nicht bezahlten Überstunden und Engagement geschenkt.

Nach den Vorteilen der honorarärztlichen Tätigkeit gefragt, nannten die Teilnehmer überwiegend mehr erlebte Autonomie bei einem als selbstbestimmt empfundenen Arbeiten. Flexiblere Arbeitszeiten sowie bessere Verdienstmöglichkeiten mit voller Vergütung aller geleisteten Arbeitsstunden waren weitere Argumente. Der freiberuflich tätige Honorararzt bestimmt selbst, wann und wie viel er arbeitet. Wie er freie Tage festlegt und Arbeitstage mit der Familie abstimmt, entscheidet er ebenfalls selbst.

Diese Bewertungskriterien gewinnen vor dem Hintergrund des zunehmenden Primats der Ökonomie und der Entwicklung der Krankenhäuser zu effizienten Wirtschaftsbetrieben an Bedeutung. Immer mehr Ärzte beklagen den Verlust an Wertschätzung ihres Berufes, fühlen sich in ihrer Kompetenz nicht mehr anerkannt und zunehmend fremdbestimmt. Als Nachteil empfinden Honorarärzte vor allem die Abwesenheit von Familie, die unsichere Rechtslage mit der Gefahr der Scheinselbstständigkeit sowie die Unklarheit bezüglich der Zugehörigkeit zur Ärztekammer und zum Versorgungswerk. Dazu kommen Probleme mit der sozialen Absicherung und die fehlende Planungssicherheit. Honorarärzte haben weder Anspruch auf bezahlten Urlaub noch auf Honorarfortzahlung oder Krankengeld im Krankheitsfall.



Ein weiteres Problem ist die fehlende Akzeptanz oder gar ein Negativ-Image, dem Honorarärzte nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern teilweise auch in der Ärzteschaft begegnen: „Das sind Rosinenpicker, die schöpfen nur die Sahne ab.“, „Wir müssen schuften und die verabschieden sich einfach, wenn es eng wird.“, „Die Dienste an Feiertagen müssen wir machen, während die Herren Honorarärzte von Montag bis Freitag pünktlich das Haus verlassen.“ Diese Zitate sind nur einige Beispiele für Anfeindungen und Vorwürfe, die „Bedenkenträger“ gegen Honorarärzte bestätigen, so die Einschätzung von Dr. Nicolai Schäfer⁴, Vorsitzender des Bundesverbandes der Honorarärzte.

Hauptargumente für eine honorarärztliche Tätigkeit sind also mehr Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, flexiblere Arbeitszeiten und eine bessere Bezahlung. Darüber hinaus ist die Vielseitigkeit reizvoll: Honorarärzte lernen in kurzer Zeit unterschiedliche Verfahren, Geräte und Abläufe in verschiedenen Kliniken und Regionen kennen und haben mit vielen verschiedenen Menschen Umgang. Außerdem fördert eine honorarärztliche Tätigkeit die Kompetenz auf ökonomischem und juristischem Gebiet.

Auf der anderen Seite nehmen Honorarärzte eine Reihe von Nachteilen in Kauf: Sie haben weder einen festen Kollegenkreis noch sind sie in einer „eigenen“

³ Deutsches Ärzteblatt, Heft 22, vom 04.06.2010

⁴ Honorararzt – Flexibilität und Freiberuflichkeit, N. Schäfer; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

Abteilung verankert. Es besteht das Risiko der Kollision mit Abteilungsstandards, was entsprechende Konflikte nach sich zieht. Zudem gibt es keine Garantie für eine regelmäßige Beschäftigung, Auslastung und Vergütung. Honorarärzte haben höhere Kosten für die Altersversorgung oder sonstige Versicherungen und keinen Arbeitgeber, der Urlaub und Krankheit finanziell ausgleicht. Ein 13. Monatsgehalt und Boni entfallen ebenso. Als Nachteil empfinden Honorarärzte außerdem den Verlust von Routine bei speziellen Techniken und Verfahren sowie die häufig wechselnde Einarbeitung: Bei jedem neuen Einsatz muss man sich bewähren und fachliche Kompetenz beweisen, die nicht immer anerkannt wird. Darüber hinaus geht kein Weg daran vorbei, sich im Rahmen der Selbstständigkeit selbst um finanzielle und rechtliche Aspekte zu kümmern. Dies ist genauso belastend wie das eigenständige Verhandeln über Vergütungen und Konditionen unabhängig von Tarifverträgen.

Auch privat kann die honorarärztliche Tätigkeit Nachteile mit sich bringen: Sie bedeutet längere und häufigere Abwesenheit von zu Hause und mögliche Konflikte mit dem Partner und der Familie. Die Unterbringung am jeweiligen Einsatzort ist zudem nicht immer zufriedenstellend.

Der Marburger Bund hat im Februar 2011 den Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung „Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland“ vorgelegt. Er bestätigt die Entwicklungen sowie die oben angeführten Beweggründe für eine honorarärztliche Tätigkeit. Erwogen 2007 53% der Befragten, ihre Arbeit im Krankenhaus aufzugeben, waren es 2010 immerhin noch 44%. Auch wenn die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen mittlerweile gestiegen ist, bestehen nach wie vor große Defizite: 41% der Befragten bezeichnen ihre Arbeitsbedingungen als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Wenn Klinikärztinnen und -ärzte mit dem Gedanken spielen zu kündigen, dann vor allem aus folgenden Gründen: Überlange Arbeitszeiten, zu wenig Urlaub, fehlende Planbarkeit der Tätigkeit, Leistungsverdichtung, Ökonomisierung, Arbeitsbelastung, zunehmende Bürokratie und die nicht als adäquat empfundene Vergütung. Die Marburger-Bund-Studie bestätigt eindrucksvoll, dass bei einer möglichen Kündigung in der Klinik die Aufnahme einer honorarärztlichen Tätigkeit als Alternative oben ansteht.

ZUSAMMENFASSUNG

Hauptmotor für die Aufnahme einer honorarärztlichen Tätigkeit ist die Unzufriedenheit mit den derzeitigen Strukturen im deutschen Gesundheitssystem. Kritikpunkte sind insbesondere die fehlende berufliche Autonomie und mangelnde Möglichkeiten der Teilzeitarbeit. Honorarärzte schätzen an ihrer Arbeit hauptsächlich den Gewinn an Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, flexiblere Arbeitszeiten und die volle Vergütung aller geleisteten Arbeitsstunden. Diese Bewertungskriterien werden vor dem Hintergrund des zunehmenden Primats der Ökonomie und der als belastend empfundenen Bürokratie in Krankenhäusern immer wichtiger.

5. Kollegiales Miteinander aus der Perspektive des Honorararztes und des festangestellten Arztes

Ärzte der Stammesbesetzung und Honorarärzte haben oft ein gespanntes Verhältnis. Jeder meint, der andere habe die besseren Karten und dies gehe auf seine Kosten. Auch wenn dies objektiv nicht zutrifft, kann eine solche Einstellung zu Problemen im Arbeitsalltag führen. Deshalb sollten sich beide Seiten verstärkt die Berufsordnung bewusst machen: Sie enthält das Gebot, sich kollegial zu verhalten und respektvoll miteinander umzugehen.



Was versteht die Berufsordnung unter „ärztlicher Kollegialität“? Sie präzisiert den allgemeinen Grundsatz, dass sich Ärztinnen und Ärzte untereinander kollegial zu verhalten haben, durch konkrete Beispiele. So sind unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem ärztlichen Wissen einer Ärztin oder eines Arztes ebenso berufsunwürdig wie herabsetzende Äuße-

rungen über deren Person. Im Beisein von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Bemerkungen zu unterlassen. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ärzte jedes Verhalten gutheißen müssen. Dies gilt ausdrücklich auch für vorgesetzte Ärztinnen und Ärzte und für den Dienst im Krankenhaus. Kollegiales Verhalten zeichnet sich demnach sowohl fachlich als auch menschlich durch ein respektvolles Miteinander aus.

Appelle an die Kollegialität sind notwendig und hilfreich, aber nicht ausreichend. Kollegiales Verhalten braucht klare Strukturen und eine umsichtige Führung. Entscheidet sich eine Einrichtung für die Zusammenarbeit mit Honorarärzten, sollte dies auf einem möglichst breiten Konsens aller Beteiligten basieren. Daher sind insbesondere die Klinikleitungen sowie Chefärzte

und Chefärztinnen von Kliniken und Klinikinstituten gefordert: Sie müssen klare Vorgaben zur Arbeitsorganisation, zu den Befugnissen und Kommunikationsströmen schaffen. Das betrifft sowohl die Einsatzzeiten und -orte als auch die Befugnisse gegenüber dem nachgeordneten Personal, also den Schwestern, Pflegern, medizinisch-technischen Assistenten und Schreibkräften. All diese Bereiche müssen eindeutig definiert und organisiert sein, um Konflikte von Anfang an zu vermeiden. Entsprechend klar geregelt sollte außerdem der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Kliniken und Instituten eines Krankenhauses sein (Besprechungen, Befundübermittlung etc.).

Chef- und leitende Oberärzte sind die Funktionsträger der Klinik und bestimmen das Arbeitsklima durch ihren Führungsstil ganz wesentlich. Das gilt generell und im Besonderen für die Zusammenarbeit von Stammpersonal und Honorarärzten. Eine solche Kooperation ist nur dann nutzbringend, wenn die Führung aufkeimende Konflikte sensibel wahrnimmt, frühzeitig thematisiert und Strukturen schafft, die zur Konfliktvermeidung beitragen. Wie immer im zwischenmenschlichen Bereich erfordert es Fingerspitzengefühl, um den kollegialen Umgang zu pflegen oder wiederherzustellen.

Eine wichtige Rolle spielt auch die innere Haltung des Stammpersonals: Es sollte positiv auf einen zusätzlichen Honorararzt vorbereitet werden und ihn als Unterstützer in schwieriger Personallage begreifen, nicht als Hemmschuh oder gar Konkurrenten. Damit der Honorararzt der im günstigen Fall positiven Erwartung gerecht werden kann, braucht er unbedingt eine Einweisung, gegebenenfalls auch eine Einarbeitung. Zertifizierte Krankenhäuser sollten diese Maßnahmen in ihren Prozessbeschreibungen verankern. Idealerweise gelingt es, den Honorararzt in die Corporate Identity – falls vorhanden – zu integrieren.

Der Honorararzt trägt ebenfalls maßgeblich zu einem reibungslosen, kollegialen Miteinander bei: Er sollte mit kritischen Äußerungen zurückhaltend sein und „Verbesserungsvorschläge“ zumindest mit Fingerspitzengefühl und erst nach einer Eingewöhnungsphase anbringen. Es muss ihm bewusst sein, dass er nur eine gewisse Zeit in einer Klinik arbeitet und Wünsche einer „Umorganisation“ nur begrenzt realisiert werden können. Mehr Zurückhaltung und Anpassungsfähigkeit der Honorarärzte fördert sicherlich die kollegiale Zusammenarbeit.

Gelingt ein kollegiales Miteinander in diesem Sinn, entsteht eine win-win-Situation für alle Beteiligten.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Einsatz von Honorarärzten ist teilweise mit Konflikten verbunden. Um diese zu vermeiden, sollten vor Ort tätige Ärztinnen und Ärzte an der Auswahl von Honorarärzten beteiligt werden. Dies ermöglicht im Vorfeld eine weitgehende Bedarfsorientierung und Transparenz. Die medizinische Einrichtung muss eine klare Arbeitsorganisation und Kommunikationsstruktur schaffen. Dazu gehört auch die bedarfsgerechte Einarbeitung des Honorararztes vor dem Einsatz. Die in der Berufsordnung geforderte Kollegialität sollten alle Beteiligten verstärkt berücksichtigen: Sie ist die Basis einer spannungsfreien Zusammenarbeit und dient einer guten gemeinsamen Patientenversorgung.

6. Rechtliche Aspekte honorarärztlicher Tätigkeit

6.1 Kammerzugehörigkeit

Honorarärzte haben wechselnde Auftraggeber, die über die Grenzen eines Kammerbereiches hinausgehen können. Daher stellt sich die Frage nach der Kammerzugehörigkeit des Honorararztes. Die Pflichtmitgliedschaft der Ärzte beruht auf der öffentlich-rechtlichen Struktur und der Aufgabenstellung der Ärztekammern. Sie ist im Wesentlichen mit der ärztlichen Berufsausübung im Kammerbereich verknüpft, ersatzweise mit dem Wohnsitz.

Die Kammer- und Heilberufesetze der Länder regeln die Frage unterschiedlich, unter welchen Umständen eine Mitgliedschaft und entsprechende Meldepflicht bei wechselnden Einsatzorten in verschiedenen Kammerbereichen begründet werden. Dies beruht auf folgendem Hintergrund: Ein Arzt kann erst seit der teilweisen Novellierung der (Muster-)Berufsordnung von 2004 an verschiedenen Orten in größerem Umfang arbeiten. Dadurch ist das Problem der mehrfachen Kammermitgliedschaften virulent geworden.

§ 2 Abs. 3 des Bremischen Heilberufesetzes sieht beispielsweise Folgendes vor: Der Vorstand der Bremischen Kammer kann Berufsangehörige von der Mitgliedschaft entbinden, die bereits in einem anderen Bundesland einer Kammer angehören.

Das Sächsische Heilberufekammer- und das Hamburgische Kammergesetz handhaben solche Fälle etwas anders: Mitglieder, die ihren Beruf gelegentlich oder vorübergehend in einem anderen Bundesland ausüben, können von der Mitgliedschaft entbunden werden, sofern sie der dort zuständigen Kammer angehören. Das Berliner Kammergesetz und das Baden-Württembergische Heilberufe-Kammergesetz kennen dagegen keinen derartigen Befreiungstatbestand. Nach derzeitiger Rechtslage begründet der Honorararzt also unter Umständen immer wieder neue Kammermitgliedschaften.



Auch mit Blick auf diesen unbefriedigenden Umstand hat sich die Bundesärztekammer mit Regelungsmodellen befasst. Diese Modelle begründen bei Tätigkeiten in verschiedenen Kammerbereichen entweder nur eine Mitgliedschaft (Monomitgliedschaft) oder regeln im Fall einer Mehrfachmitgliedschaft Fragen z. B. nach dem Ausüben der Berufsaufsicht durch eine von mehreren grundsätzlich zuständigen Kammern.

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer favorisierte Monomitgliedschaft lässt sich nach Rückmeldung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden nicht realisieren. Die Bundesärztekammer wird sich daher um Rechtsänderungen in den Kammer- und Heilberufegesetzen bemühen, die für eine praktikable Ausgestaltung von Mehrfachmitgliedschaften erforderlich sind. Es bleibt ferner abzuwarten, ob sich die Auffassung des Verwaltungsgerichts Weimar durchsetzen wird, das in einem Urteil vom 28.05.2010 die Mehrfachmitgliedschaft als verfassungswidrig erachtet hat.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Honorararzt ist Mitglied einer oder mehrerer Ärztekammern mit allen daraus resultierenden Rechten und Pflichten. Dazu gehört auch die Meldepflicht. Bei wechselnden Einsatzorten in unterschiedlichen Kammerbereichen besteht (noch) keine einheitliche Handhabung in den Kammer- und Heilberufegesetzen der Länder. Es wird daher eine praktische Ausgestaltung der Mehrfachmitgliedschaft angestrebt. Infolgedessen sollte der Honorararzt derzeit seine Tätigkeit in den einzelnen Kammerbereichen der jeweiligen Kammer direkt anzeigen.

6.2 Mitgliedschaft im Versorgungswerk

Wie die Kammermitgliedschaft so ist auch die Mitgliedschaft in ärztlichen Versorgungswerken und -einrichtungen landesrechtlich unterschiedlich geregelt. Überwiegend knüpft die Mitgliedschaft in den Versorgungswerken an die Pflichtmitgliedschaft in der zuständigen Ärztekammer und der im Kammerbereich ausgeübten ärztlichen Tätigkeit an. Der Arzt ist also nicht nur Mitglied der Kammer, die für den Ort der Berufsausübung zuständig ist. Er ist auch Mitglied im für diesen Bereich zuständigen Versorgungswerk. Im Fall eines Kammerwechsels

zieht dies daher einen Wechsel des Versorgungswerks nach sich. Einige Bundesländer, wie z. B. Baden-Württemberg, haben die (Pflicht)-Mitgliedschaft in einem ärztlichen Versorgungswerk in einem eigenen Landesgesetz geregelt. Parallel zu der Ausgestaltung von Mehrfachmitgliedschaften in den Ärztekammern wird sich die Bundesärztekammer dafür einsetzen, dass praktikable Lösungen bei der Mitgliedschaft in den ärztlichen Versorgungswerken gefunden werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Zugehörigkeit zum ärztlichen Versorgungswerk ist wie die Kammermitgliedschaft landesrechtlich unterschiedlich. Die Bundesärztekammer wird sich für eine praktikable Lösung bezüglich der Mitgliedschaft in ärztlichen Versorgungswerken einsetzen. Hinsichtlich der Mitgliedschaft in Versorgungswerken sollte sich der Honorararzt direkt mit dem jeweiligen ärztlichen Versorgungswerk in Verbindung setzen.

6.3 Scheinselbstständigkeit

Das Bild von der Tätigkeit des Honorararztes ist von folgender Vorstellung geprägt: Er ist nicht abhängig beschäftigt und geht kein Anstellungsverhältnis im arbeitsrechtlichen Sinn ein. Dagegen erbringt er als selbstständiger Freiberufler zeitlich befristete Dienstleistungen für andere. Dennoch sind der Honorararzt und sein jeweiliger Vertragspartner in der arbeits-, steuer- und sozialrechtlichen Einordnung ihrer Vertragsbeziehung nicht frei. Denn an eine Arbeit, die als nicht selbstständig beurteilt wird, sind gesetzliche Pflichten geknüpft, etwa das Entrichten von Lohnsteuern und Sozialversicherungsbeiträgen. Entsprechend regelt § 7 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches IV, dass Anhaltspunkte für eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vorliegen, wenn eine Tätigkeit nach Weisungen erfolgt und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers



gegeben ist. Die gesetzliche Formulierung „Anhaltspunkte“ bedeutet, dass keine abschließenden Kriterien benannt werden, sondern weitere Merkmale für die Einordnung der Vertragsbeziehung relevant sein können.

Auch die Rechtsprechung hat noch nicht entschieden, ab wann ein Honorararzt die gesetzlichen Merkmale erfüllt und statt einer selbständigen eine abhängige Beschäftigung vorliegt. Eine zuverlässige und generelle Einordnung der honorarärztlichen Tätigkeit ist deshalb nur schwer möglich. Die Einordnung bezieht sich zwar immer auf den Einzelfall einer zeitlich befristeten Zusammenarbeit. Darüber hinaus muss man aber die Gesamtumstände der Kooperation beachten und neben den vertraglichen Vereinbarungen vor allem die tatsächlichen Verhältnisse der Vertragsdurchführung berücksichtigen.

Die Frage einer eventuellen Scheinselbstständigkeit betrifft vor allem die derzeit bedeutsamste Kooperation zwischen Honorärärzten und Krankenhäusern. Bisher ist nicht gesichert, inwieweit Krankenhäuser überhaupt Leistungen durch nicht fest angestellte Ärzte erbringen dürfen. Das gilt insbesondere für Hauptleistungen wie operative Eingriffe. Das Landessozialgericht Sachsen verneinte diese Frage in einer Entscheidung vom 30.04.2008 (AZ: L 1 KR 103/07) und schob damit auch der Abrechenbarkeit der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen des ambulanten Operierens einen Riegel vor. Diese Entscheidung wurde jedoch durch eine Klagerücknahme in der Revisionsinstanz gegenstandslos. Mittlerweile gibt es mehrere erstinstanzliche Entscheidungen im Bereich der vollstationär erbrachten Leistungen, welche die Auffassung des Landessozialgerichtes nicht teilen (VG Frankfurt, 09.02.2010, AZ: 5 K 1985/08.F, VG Hannover, 22.07.2010, AZ: 7 A 3146/08, gegenteilige Ansicht wiederum SG Kassel, Urteil vom 24.11.2010, AZ: S 12 KR 166/10).

Dennoch bleibt eine Rechtsunsicherheit, die Krankenhausträger zu einer entsprechenden Vertragsgestaltung veranlassen könnte: Indem sie die Eingliederung des Honorararztes in die Arbeitsorganisation des Krankenhausträgers akzentuieren, soll die Abrechenbarkeit der honorarärztlichen Leistungen gegenüber den Krankenkassen gewährleistet sein. Gleichzeitig steigt das Risiko, dass die honorarärztlichen Leistungen im steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Sinn als nichtselbstständige Arbeit identifiziert werden. Mögliche Folgen können Forderungen zur Nachentrichtung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen sein.

Dabei ist der Nachzahlungsanspruch gegen den Arbeitgeber bereits durch die Verjährungsfrist begrenzt. Diese beträgt vier Jahre bzw. bei vorsätzlich vorenthaltenen Beiträgen 30 Jahre (§ 25 Abs. 1 SGB IV). Der Arbeitgeber hat zwar Anspruch auf den Arbeitnehmeranteil am Sozialversicherungsbeitrag, den er zur Hälfte aufbringen muss. Der Arbeitgeber kann diesen Anspruch aber zum einen nur durch Abzug vom Arbeitsentgelt durchsetzen (§ 28g S. 2 SGB IV) und zum anderen lediglich bei den drei nächsten Lohn- oder Gehaltszahlungen nachholen. Damit haftet der Honorararzt im Gegensatz zum Arbeitgeber nur für drei Monate.

Berücksichtigen Honorararzt und Krankenhaus dieses Risiko und lassen sich auf ein lohn- und sozialversicherungsfreies Dienstverhältnis ein, sollten bei der Durchführung des Vertrages einige Punkte beachtet werden: Der Honorararzt muss seine Pflichten eigenverantwortlich und damit frei von fachlichen Weisungen leitender Ärzte oder organisatorischen Weisungen des Krankenhausträgers erfüllen. Es ist insbesondere Wert darauf zu legen, dass der Honorararzt für mehrere Dienstberechtigte tätig sein kann. Dies spielt vor allem für das Merkmal „Eingliederung in die Arbeitsorganisation“ eine Rolle, das bei hier gegebenen „Dienstleistungen höherer Art“ eine größere Bedeutung hat. Die Option beinhaltet, dass der Honorararzt nicht seine gesamte Arbeitskraft schuldet und keine ständige Dienstbereitschaft oder kontinuierliche Patientenversorgung von ihm verlangt wird. Sie bedeutet außerdem, dass er nur für geleistete Dienste vergütet wird, im Urlaub oder Krankheitsfall also keine Zahlungen erhält, und mit der Organisation im Krankenhaus so wenige Berührungspunkte wie möglich hat. Konkret heißt dies, dass der Honorararzt möglichst nicht an Besprechungen, die die Organisation und den Betriebsablauf der Einrichtung betreffen, teilnimmt, keine Funktionen oder Vertretungen übernimmt und das Krankenhaus ihm keine Berufskleidung stellt oder ihn versichert.

Darüber hinaus gilt es darauf zu achten, dass die Personalabteilung nicht unter Anlage einer Personalstamnummer abrechnet, der Honorararzt ein eigenes Namensschild trägt und beide Seiten bei jedem Einsatz ein eigenes Formular verwenden. Die Vorgabe von OP-Terminen durch den Krankenhausträger reicht allein nicht aus, um eine Eingliederung des Honorararztes zu begründen (vgl. BSG vom 12.02.2004, B 12 KR 26/02 R).

ZUSAMMENFASSUNG

Selbstständige freiberufliche Tätigkeit oder abhängige Beschäftigung: Aufgrund fehlender Rechtssprechung ist es derzeit nicht möglich, honorarärztliche Leistungen im Krankenhaus abschließend in eine der beiden Kategorien einzuordnen. Vielmehr wird derzeit jeder Einzelfall bewertet und entsprechend eingeordnet. Zudem ist bisher erst teilweise gesichert, inwieweit Krankenhäuser Leistungen durch nicht fest angestellte Ärzte erbringen dürfen.

Der Honorararzt sollte beim Abschluss der zugrunde liegenden Verträge verstärkt auf den faktischen Nachweis seiner Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit von fachlichen Weisungen achten. Gegebenfalls ist es sinnvoll, eine rechtliche Expertise einzubinden.

6.4 Teilzeitanstellung von Vertragsärzten im Krankenhaus

Neben der Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt können Vertragsärzte Teilzeit im Krankenhaus arbeiten. Die Voraussetzung dafür hat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im Jahr 2007 geschaffen, in dem es zum einen die Übernahme eines hälftigen vertragsärztlichen Versorgungsauftrages zugelassen hat (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Zum anderen hat es die Tätigkeit eines Vertragsarztes mit der Tätigkeit in einem zugelassenen Krankenhaus für vereinbar erklärt (§ 20 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV). Der Vertragsarzt hat jedoch zu beachten, dass er für seine vertragsärztliche Tätigkeit im erforderlichen Maße persönlich zur Verfügung stehen muss (§ 20 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV). Gemäß § 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte hat der Vertragsarzt dabei an seinem Vertragsarzt-sitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung zu stehen. Für einen Teilversorgungsauftrag nach § 19a Ärzte-ZV

sind mindestens 10 Stunden wöchentlich persönlich zu absolvieren. Im Falle einer Teilzeitanstellung eines Vertragsarztes im Krankenhaus ist es für seine Rechtssicherheit sinnvoll, den zeitlichen Rahmen der Nebentätigkeit mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzustimmen. Entsprechend § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV kann der Vertragsarzt den Versorgungsauftrag auch hälftig wahrnehmen. In diesem Fall ist es für seine Rechtssicherheit sinnvoll, den zeitlichen Rahmen der Nebentätigkeit mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzustimmen.

Die Teilanstellung eines Vertragsarztes im Krankenhaus begründet grundsätzlich ein Angestelltenverhältnis und bedeutet damit auch arbeitsrechtlich eine Einbindung in die Organisationshoheit des Krankenhauses. Darüber hinaus gelten die allgemeinen arbeitsrechtlichen Grundsätze wie Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Urlaubsanspruch sowie Sozialversicherungspflichtigkeit.

Dabei sind jedoch Besonderheiten zu beachten:

Krankenversicherung

Ein Angestellter nach § 5 Abs. 5 SGB V ist nicht versicherungspflichtig, wenn er hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist. Da Vertragsärzte als selbstständige Freiberufler in der Regel bereits einen eigenen Krankenversicherungsschutz haben, erübrigt sich eine gesonderte Krankenversicherung für das Teilanstellungsverhältnis.

Rentenversicherung

Auch für Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke, die von der Versicherungspflicht befreit sind (§ 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI), ist der Arbeitgeber gemäß § 172 Abs. 2 SGB VI grundsätzlich verpflichtet, für Teilzeitanstellung den Arbeitgeberanteil zu leisten. Insofern hat der Krankenhausträger für die Anstellung eines Vertragsarztes den Arbeitgeberzuschuss nach § 172 Abs. 2 SGB VI zu entrichten.

Arbeitslosenversicherung

Die Versicherungsfreiheit eines Vertragsarztes zur Arbeitslosenversicherung bezieht sich ausschließlich auf dessen selbstständige Tätigkeit. Bei einer Beschäftigung gegen Entgelt besteht dagegen grundsätzlich Versicherungspflicht (§ 25 Abs. 1 SGB III). Der Krankenhausträger ist daher als Arbeitgeber gemäß § 346 Abs. 1 SGB III i. V. m. § 341 SGB III verpflichtet, den hälftigen Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zu entrichten.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Teilzeitanstellung eines Vertragsarztes begründet grundsätzlich ein Angestelltenverhältnis und damit auch arbeitsrechtlich eine Einbindung in die Organisationshoheit des Krankenhauses. Zu beachten sind Besonderheiten bei der Krankenversicherung (in der Regel besteht keine gesonderte Versicherungspflicht), Rentenversicherung (Arbeitgeberzuschuss durch das Krankenhaus) und Arbeitslosenversicherung (anteiliger Arbeitslosenversicherungsbeitrag durch das Krankenhaus)

6.5 Nebentätigkeit

Ärzte können honorarärztliche Leistungen zusätzlich zu einem bereits bestehenden Arbeitsverhältnis in Form einer Nebentätigkeit ausüben. Unter Nebentätigkeit versteht man jede Tätigkeit eines Arbeitnehmers, die er außerhalb der Arbeitszeit für den Hauptarbeitgeber ausübt. Nebentätigkeiten sind erlaubt, wenn der Arbeitsvertrag oder ein auf das Arbeitsverhältnis anwendbarer Tarifvertrag keine Regelung über Nebentätigkeiten enthalten. In diesem Fall ist keine ausdrückliche Genehmigung des Arbeitgebers erforderlich, weil der Arbeitnehmer nach Leistung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit frei über seine Zeit verfügen kann.

Dennoch kann eine Nebentätigkeit unzulässig sein, wenn der Arbeitnehmer dadurch so sehr beansprucht wird, dass er seinen Hauptarbeitsvertrag nicht oder nicht ausreichend erfüllen kann. Ferner muss ein Arbeitnehmer jede Beschäftigung unterlassen, die mit der Arbeitspflicht kollidiert oder den berechtigten Interessen des Arbeitgebers zuwiderläuft. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber Konkurrenz macht. Bei der Ausübung einer Nebentätigkeit sind außerdem die Arbeitszeitgrenzen des Arbeitszeitgesetzes sowie des Bundesurlaubsgesetzes zu beachten.

Eine honorarärztliche Nebentätigkeit ist auch neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit möglich (siehe dazu Ausführungen im vorherigen Abschnitt 6.4).

ZUSAMMENFASSUNG

Honorarärzte können ihren Beruf im Rahmen einer Nebentätigkeit ausüben. Dies ist sowohl zusätzlich zu einem bereits bestehenden Arbeitsverhältnis als auch zusätzlich zu einer vertragsärztlichen Tätigkeit möglich. Im ersten Fall ist darauf zu achten, dass die honorarärztliche Tätigkeit berechtigten Interessen des Arbeitgebers nicht zuwiderläuft. Im zweiten Fall kommt es darauf an, dass der als Honorararzt tätige Vertragsarzt für seine vertragsärztliche Tätigkeit im erforderlichen Maß persönlich zur Verfügung steht.

6.6 Haftung

Bei jeder ärztlichen Berufsausübung wird zwischen strafrechtlicher Verantwortlichkeit und zivilrechtlicher Haftung unterschieden. Letztere ist in eine Haftpflicht aus dem Behandlungsvertrag und eine Haftung aus unerlaubter Handlung (Deliktsrecht) unterteilt. Ist ein Honorararzt im Krankenhaus tätig, sind seine dem Patienten gegenüber erbrachten Leistungen grundsätzlich allgemeine Krankenhausleistungen. Der stationären Aufnahme des Patienten liegt in der Regel ein „totaler Krankenhausaufnahmevertrag“ zugrunde. Dabei wird der Krankenhausträger alleiniger Vertragspartner und schuldet dem Patienten die sogenannten allgemeinen Krankenhausleistungen. Dazu gehört auch die ärztliche Behandlung. Der Krankenhausträger ist damit alleiniger Schuldner und Vertragspartner des Patienten gegenüber allen Krankenhausleistungen. Wenn der Honorararzt diagnostische und therapeutische Leistungen erbringt, handelt er im vertraglichen Pflichtenkreis des Krankenhausträgers. Vor diesem Hintergrund haftet der Krankenhausträger gegenüber dem Patienten für alle Schäden aus dem Behandlungsvertrag, da er sich Behandlungsfehler des Honorararztes zurechnen lassen muss. Der Honorararzt wird damit in gleicher Weise wie ein angestellter Arzt als Erfüllungsgehilfe für den Krankenhausträger tätig (§ 278 BGB).

Unabhängig von der vertraglichen Haftung gegenüber dem geschädigten Patienten haftet jeder Arzt für seine eigene schädigende Handlung, ohne dass es hierfür auf den Bestand eines Vertragsverhältnisses zwischen Patient und Arzt ankommt (deliktische Haftung). Üblicherweise werden in Haftungsprozessen sowohl der Krankenhausträger auf vertraglicher als auch der behandelnde Arzt auf deliktischer Grundlage auf Schadenersatz in Anspruch genommen. Auch mit Blick auf das Problem der Scheinselbstständigkeit braucht der Honorararzt deshalb unbedingt eine eigene (!) Haftpflichtversicherung. Dies gilt umso mehr, da der erfolgreich auf Schadenersatz in Anspruch genommene Krankenhaus-

träger bzw. dessen Versicherung versuchen könnte, Ersatz vom behandelnden Honorararzt zu erlangen. Der Abschluss einer eigenen Berufshaftpflichtversicherung in Höhe der marktüblichen Deckungssumme sollte selbst dann erfolgen, wenn das jeweilige Krankenhaus über eine den Honorararzt einschließende und ihn von Regress freistellende Versicherung verfügt oder z. B. eine Vermittlungsagentur eine spezielle Haftpflichtversicherung zugunsten des Honorararztes abgeschlossen hat. Voraussetzung dafür, dass der Versicherungsschutz über die Vermittlungsagentur greift, ist in der Regel das Vorliegen einer eigenen Berufshaftpflichtversicherung.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Krankenhausträger haftet in der Regel gegenüber dem Patienten für alle Schäden aus dem Behandlungsvertrag, da er sich den Behandlungsfehler des Honorararztes zurechnen lassen muss. Jeder Arzt haftet unabhängig für seine eigenen schädigenden Handlungen gegenüber dem Patienten auf deliktischer Grundlage. Nicht zuletzt im Hinblick auf die Vorgaben der Berufsordnung und den weitgehenden Ausschluss des Risikos der Scheinselbstständigkeit ist eine eigene Berufshaftpflichtversicherung des Honorararztes unabdingbar.

Bieten Vermittlungsagenturen zusätzlich Subsidiärhaftpflichtversicherungen an, sollte der Honorararzt diese im Einzelfall prüfen.

6.7 Unfallversicherung

Die im SGB VII geregelte gesetzliche Unfallversicherung soll Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten und die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten nach dem Eintreten von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten wiederherstellen. Außerdem soll sie die Versicherten und ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen entschädigen. Während alle anderen Sozialversicherungszweige paritätisch finanziert werden, also je zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer, trägt der Arbeitnehmer die Kosten der gesetzlichen Unfallversicherung alleine.

Selbstständig tätige Honorarärzte sind für ihre Tätigkeit gemäß § 4 Abs. 3 SGB VII von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Unfallversicherung befreit. Sie können sich aber gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII auf schriftlichen Antrag bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege als zuständigem Unfallversicherungsträger freiwillig versichern, da ein selbstständig tätiger Arzt als Unternehmer im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII gilt. Grundsätzlich hat der Versicherungsschutz der freiwilligen Versicherung den gleichen Umfang wie die Versicherung der versicherungspflichtigen Personen. Der Beitrag ergibt sich aus der selbst zu bestimmenden Versicherungssumme, der Gefahrklasse und dem sogenannten Beitragsfuß.

Gegenüber der grundsätzlich bestehenden Versicherungsfreiheit haben Selbstständige dann eine Versicherungspflicht, wenn Arbeitnehmer beschäftigt sind, die über den Arbeitgeber gegen Arbeitsunfälle versichert sind.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, eine private Unfallversicherung abzuschließen. Sie zahlt dem Versicherungsnehmer im Versicherungsfall eine Kapitalleistung und je nach abgeschlossenem Vertrag eine Unfallrente. Anders als in der gesetzlichen Unfallversicherung gilt der Versicherungsschutz für Unfälle weltweit rund um die Uhr, sofern nichts anderes vereinbart ist. Der konkrete Leistungsumfang der Versicherungsgesellschaften kann allerdings erheblich variieren, sodass ein Vergleich der Angebote empfehlenswert ist.

Angestellte Ärzte sind über den Unfallversicherungsträger versichert, der für ihren Arbeitgeber zuständig ist.

Im Hinblick auf den Arbeitsschutz für Honorarärzte ist folgendes festzustellen: Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) dient dazu, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes sicherzustellen und zu verbessern (§ 1 Abs. 1 ArbSchG). Arbeitsschutzmaßnahmen sind solche, die der Verhütung von Unfällen und Gesundheitsgefahren sowie der menschengerechten Gestaltung der Arbeit dienen (§ 2 Abs. 1 ArbSchG). Das Gesetz gilt für Beschäftigte, die Arbeitsleistungen aufgrund einer rechtlichen Beziehung für einen Arbeitgeber erbringen. Beschäftigte sind jedoch nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 ArbSchG Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und damit gerade nicht selbstständig tätige Honorarärzte. Letztere sollten sich daher vor dem Abschluss eines Vertrages mit dem Krankenhaus über arbeitsschutzrechtliche Fragen verständigen.

ZUSAMMENFASSUNG

Selbstständig tätige Honorarärzte sind von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich befreit (§ 4 Abs. 3 SGB VII). Für Selbstständige besteht eine Versicherungspflicht, wenn Arbeitnehmer beschäftigt sind. Angestellte Ärzte sind in der Regel über den Arbeitgeber unfallversichert.

Ein Honorararzt sollte den Abschluss einer Unfallversicherung (privat oder freiwillig gesetzlich) unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Leistungsumfänge prüfen und zu seiner persönlichen Absicherung in Erwägung ziehen.



6.8 Arbeitnehmerüberlassung

Alternativ zu einer unmittelbaren vertraglichen Beziehung zwischen einem Honorararzt und z. B. einem Krankenhaus besteht die Möglichkeit der Arbeitnehmerüberlassung durch ein Personaldienstleistungs-Unternehmen oder eine Fachagentur. Dies wird auch oft als Zeit- oder Leiharbeit bezeichnet. In diesem Fall übernimmt die Agentur keine rein vermittelnde Funktion für einen Honorararzt, der selbstständig mit dem Krankenhaus einen Vertrag abschließt. Sie stellt den Honorararzt an und „verleiht“ ihn z. B. an ein Krankenhaus. Damit besteht ein vertragliches „Dreiecksverhältnis“: Der Verleiher (Agentur) begründet ein Arbeitsverhältnis mit dem Leiharbeitnehmer (Honorararzt) und schließt mit dem Entleiher (Krankenhaus) einen weiteren Vertrag, den sogenannten Arbeitnehmerüberlassungsvertrag.

Der Leiharbeitnehmer erbringt seine Leistung jedoch nicht gegenüber dem Verleiher, sondern gegenüber dem Entleiher. Der Verleiher bleibt aber Arbeitgeber des Leiharbeitnehmers mit allen wesentlichen Rechten und Pflichten eines Arbeitgebers. Dabei räumt er dem Entleiher ein vertraglich bestimmtes Weisungsrecht in Bezug auf die Ausführung der Arbeitsleistung ein. Der Arbeitnehmerüberlassungsvertrag legt den Umfang des Weisungsrechts fest, das der Verleiher dem Entleiher überträgt. Der Vertrag zwischen Leiharbeitnehmer und Verleiher ist ein Arbeitsvertrag mit allen Rechten und Pflichten einschließlich der Vergütung, die dem Leiharbeitnehmer zusteht.

Die Rechte des Leiharbeitnehmers und Pflichten des Verleihers sind im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) geregelt. Für die gewerbsmäßige Arbeitnehmerüberlassung ist eine Erlaubnis nach § 1 AÜG erforderlich. Bei Überlassung ohne Erlaubnis drohen Geldbußen in Höhe von bis zu 25.000 Euro. Dies gilt sowohl für den Verleiher als auch für den Entleiher, wenn er den Arbeitnehmer beschäftigt (§ 16 AÜG). Der Entleiher sollte sich die Erlaubnis daher stets vorlegen lassen.

Sollte der Verleiher einen Vertrag mit dem Leiharbeitnehmer zur Arbeitnehmerüberlassung geschlossen haben, obwohl keine Erlaubnis im Sinne des § 1 AÜG vorliegt, ist der Vertrag zwischen Verleiher und Entleiher sowie zwischen Verleiher und Leiharbeitnehmer gemäß § 9 Nr. 1 AÜG unwirksam. Deshalb sollte sich auch der Honorararzt davon überzeugen, dass dem Verleiher die erforderliche Erlaubnis vorliegt. Ist das Arbeitsverhältnis zwischen Verleiher und Leiharbeitnehmer unwirksam, entsteht aufgrund gesetzlicher Anordnung gemäß

§ 10 Abs. 1 AÜG ein Arbeitsverhältnis zwischen dem Entleiher und dem Leiharbeitnehmer. Dabei gilt die zwischen Verleiher und Entleiher vorgesehene Arbeitszeit als vereinbart.

Ferner richten sich Dauer und Inhalt des Arbeitsverhältnisses nach den Vorschriften und sonstigen Regelungen, die für den Betrieb des Entleihers gelten. Der Entleiher ist damit zur Einhaltung der Arbeitgeberpflichten und zur Lohnfortzahlung verpflichtet. Schließlich hat der Leiharbeitnehmer gegenüber dem Entleiher mindestens Anspruch auf das Arbeitsentgelt, das mit dem Verleiher vereinbart wurde. Mit dem Zeitpunkt, der für den Beginn der Tätigkeit vorgesehen ist, gilt das Arbeitsverhältnis als zustande gekommen – oder mit dem Eintritt der Unwirksamkeit (§ 10 Abs. 1 AÜG), falls diese erst nach Aufnahme der Tätigkeit beim Entleiher eintritt. Auch kann der Leiharbeitnehmer im Falle der Unwirksamkeit Schadensersatzansprüche gegen den Verleiher geltend machen, sofern er den Grund für die Unwirksamkeit nicht kannte (§ 10 Abs. 2 AÜG).

ZUSAMMENFASSUNG

Die Arbeitnehmerüberlassung ist eine mögliche Alternative zum Einsatz von Honorärärzten. Der Arzt bindet sich vertraglich an eine Agentur, die ihn an den Arbeitgeber verleiht. Rechtlich erbringt der Arzt seine Leistung gegenüber dem Arbeitgeber (Entleiher). Für eine Arbeitnehmerüberlassung ist eine Erlaubnis gemäß § 1 Arbeitnehmerüberlassungsgesetz erforderlich. Diese sollte sich der Arzt vorlegen lassen. Die Agentur ist nach Vertragsabschluss in der Regel zur Einhaltung der Arbeitgeberpflichten und Lohnfortzahlung verpflichtet. Derzeit ist die Arbeitnehmerüberlassung aus Kostengründen bei Ärztinnen und Ärzten noch eher eine Ausnahme.

7. Honorarärzte und Weiterbildung



Ein Honorararzt ist nach der gewählten Begriffsbestimmung ein Facharzt, der in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet auf Honorarbasis freiberuflich arbeitet (siehe Kapitel 3.1 „Begriffsbestimmung“). Eine solche Tätigkeit ist unter dieser Voraussetzung ohne abgeschlossene Weiterbildung und den damit einhergehenden Facharztstandard nicht möglich. Der Honorararzt praktiziert eine freiberuflich ausgerichtete, selbstständige Form der ärztlichen Berufsausübung ohne Aufsicht und Anleitung, die als Grundlage eine abgeschlossene Weiterbildung erfordert.

Dagegen sind Tätigkeiten unter Aufsicht und Anleitung, wie für eine ärztliche Weiterbildung erforderlich, mit der Arbeit eines Honorararztes nicht vereinbar.

Folgende Merkmale der (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO) begründen die Notwendigkeit einer abgeschlossenen Weiterbildung:

- ▶ Gemäß § 4 (Muster-)Weiterbildungsordnung muss eine Weiterbildung im Rahmen angemessen vergüteter ärztlicher Tätigkeit unter Anleitung von Ärzten erfolgen, die zur Weiterbildung befugt sind (§ 4 Abs. 1 M-WBO).
- ▶ Sie wird grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchgeführt (§ 4 Abs. 5 M-WBO).
- ▶ Im Regelfall darf ein Zeitraum von sechs Monaten als anerkannter Weiterbildungszeitraum nicht unterschritten werden (§ 4 Abs. 4 M-WBO).

Die ersten beiden Voraussetzungen mögen mit einer honorarärztlichen Tätigkeit noch vereinbar sein, selten jedoch die dritte: In der Regel haben Honorarärzte ein befristetes Vertragsverhältnis, das einen mindestens sechsmonatigen Weiterbildungsabschnitt nicht zulässt. Auch dies steht der Anrechnung einer honorarärztlichen Tätigkeit als Weiterbildungsabschnitt entgegen.

Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte in der Regel im Rahmen einer honorarärztlichen Tätigkeit nicht als Weiterbilder oder Weiterbildungsbefugte fungieren, da ihnen eine Weiterbildungsstätte fehlt: Die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammer ist an eine Weiterbildungsstätte gebunden. Das bedeutet, dass über Honorarärzte grundsätzlich keine Weiterbildung erfolgen kann. Davon unberührt bleibt die Zulassung als Weiterbildungsstätte und die Befugnis zur Weiterbildung.

ZUSAMMENFASSUNG

Ohne abgeschlossene Weiterbildung und dem damit einhergehenden Facharztstandard ist eine honorarärztliche Tätigkeit nicht möglich. Honorarärzte können in der Regel nicht als Weiterbilder fungieren, da ihnen eine Weiterbildungsstätte fehlt. Davon unberührt bleiben die Zulassung der Weiterbildungsstätte und die Befugnis zur Weiterbildung.

8. Honorarärzte und Fortbildung

Für alle berufstätigen Ärzte gilt die (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte und hier die Vorschriften des

§ 4 Fortbildung

- (1) *Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.*
- (2) *Auf Verlangen müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.*

Im Sinne der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ist der Nachweis eines gültigen Fortbildungszertifikats eine Voraussetzung für die Tätigkeit als Honorararzt.

Die Verpflichtung zur Fortbildung als Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung ist über die Berufsordnung hinausgehend auch im Sozialgesetzbuch V festgeschrieben.

Das Sozialgesetzbuch V unterscheidet zwischen

I der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95d SGB V)

und

II den Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser (§ 137 SGB V Absatz 3)

§ 95d SGB V regelt die Fortbildungspflicht des Vertragsarztes. Den Nachweis erbringt der Vertragsarzt gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung.

In § 137 SGB V (3) wird festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Beschlüsse für zugelassene Krankenhäuser fasst über die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise zur Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die Pflicht zum Nachweis der Fortbildungsaktivitäten betrifft im ambulanten und stationären Bereich ausschließlich die Gruppe der Fachärzte. Im Kontext mit § 4 (Muster-)Berufsordnung gilt diese Pflicht daher auch für Honorarärzte. Diese sind der Begriffsbestimmung zufolge freiberuflich tätige Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet auf Honorarbasis tätig sind (siehe auch 3. Kapitel „Begriffsbestimmung des Honorararztes und Typologien“). Insbesondere Honorarärzten dürfte es möglich sein, die vielfältigen Angebote ärztlicher Fortbildungen zeitlich flexibel zu nutzen.

ZUSAMMENFASSUNG

Honorarärzte sind gemäß § 4 der (Muster-)Berufsordnung verpflichtet, sich fortzubilden. Dies muss auf Verlangen der Ärztekammer in geeigneter Form nachgewiesen werden können.



9. Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung – Qualitätskriterien und -anforderungen

Aus Gründen der Qualitätssicherung und vor allem der Patientensicherheit muss gewährleistet sein, dass das hohe Behandlungsniveau auch beim Einsatz von Honorarärzten erhalten bleibt und dadurch keine zusätzlichen Risikokonstellationen für Patienten und Mitarbeiter entstehen. Auch darf die Beschäftigung von Honorarärzten nicht zur Umgehung bestehender Regelungen führen, die dem Schutz von Patienten und Mitarbeitern dienen, etwa das Arbeitszeitgesetz. Daran sollten sich sowohl die Honorarärzte als auch die Krankenhäuser halten. Arbeiten Honorarärzte mit bestehenden Teams, muss die Kommunikation reibungslos funktionieren und Schnittstellen sollten von Anfang an klar definiert sein. Diese Voraussetzungen sind unabdingbar, da Teamprozesse gerade für den Ausgang von komplexen Interventionen eine wichtige Rolle spielen. Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Teamtraining die Morbidität von Patienten um 18% verringern kann. Umgekehrt ist es nicht von der Hand zu weisen, dass neue Teammitglieder das Behandlungsniveau verschlechtern können, weil sie bislang nicht in Abläufe, Kommunikation und Schnittstellen eingebunden waren⁵.

⁵ Neily J et al (2010). Association Between Implementation of a medical Team Training Program and Surgical Mortality. JAMA 304 (15): 1693–1700

Auch die gesetzlich vorgeschriebene Einweisung in die vorhandenen Medizinprodukte darf in ihrer Bedeutung nicht unterschätzt werden. Untersuchungen zufolge haben bis zu 40% der im OP Tätigen Situationen erlebt, bei denen Patienten gefährdet wurden, weil keine Einweisung stattgefunden hatte und infolgedessen die Kenntnisse zur Bedienung von Geräten fehlten⁶.

Vor diesem Hintergrund wurden Qualitätsanforderungen für Honorarärzte, medizinische Einrichtungen und gegebenenfalls beteiligte Vermittlungsagenturen aufgestellt. Sie sollen beim Einsatz eines Honorararztes ein Mindestniveau an Struktur- und Prozessqualität sowie Patientensicherheit gewährleisten.

Folgende Qualitätsanforderungen richten sich an Honorarärzte, medizinische Einrichtungen als Vertragspartner sowie Vermittlungsagenturen. Die Listen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

9.1 Honorarärzte

- ▶ Nachweis über Facharztqualifikation für den beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Nachweis über Fortbildungszertifikat
- ▶ Nachweis über Einweisung gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- ▶ Teilnahme an Instrumenten des Qualitäts- und Risikomanagements (z. B. CIRS) im beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Kenntnisse der Standard- sowie Notfallabläufe und Verfahren im beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Kenntnisse der einschlägigen Dienstanordnungen im beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Verpflichtung zur Einhaltung der gesetzlichen Regelungen insbesondere Arbeitszeitgesetz

⁶ Matern U et al (2006). Arbeitsbedingungen und Sicherheit am Arbeitsplatz OP. Dtsch Arztebl 103 (47): A 3187–3192

9.2 Medizinische Einrichtungen als Vertragspartner

- ▶ Nachweis über Facharztqualifikation für den beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Nachweis über Fortbildungszertifikat
- ▶ Einweisungen gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- ▶ Teilnahme an Instrumenten des Qualitäts- und Risikomanagements (z. B. CIRS) im beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Standard- sowie Notfallabläufe und Verfahren im beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Kenntnisse der einschlägigen Dienstanordnungen im beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Verpflichtung zur Einhaltung der gesetzlichen Regelungen insbesondere Arbeitszeitgesetz; Führen einer Arbeits- und Einsatzübersicht

9.3 Vermittlungsagenturen

Führen einer Personalakte des Honorararztes mit folgenden Punkten:

- ▶ Nachweis über Facharztqualifikation für den beabsichtigten Tätigkeitsbereich
- ▶ Nachweis über Fortbildungszertifikat
- ▶ Nachweis über Einweisung gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung soweit vorhanden und sinnvoll
- ▶ Führen einer Arbeitszeit-/Einsatzübersicht

ZUSAMMENFASSUNG

Aus Gründen der Patientensicherheit muss das hohe Behandlungsniveau auch beim Einsatz von Honorarärzten gewährleistet bleiben. Dazu gehört unter anderem die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes. Die medizinische Einrichtung hat durchgehend für eine reibungslose Kommunikation und eine klare Definition der Schnittstellen zu sorgen. Dies umfasst eine eingehende Einführung in die örtlichen und betrieblichen Gegebenheiten. Für Honorarärzte, medizinische Einrichtungen und Vermittlungsagenturen wurden Kriterien definiert, die zur Sicherung einer hochqualitativen Versorgung eingehalten werden müssen.

10. Schlussfolgerungen und erste berufspolitische Bewertungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Seit einigen Jahren treten zunehmend Probleme mit der Besetzung bzw. Nachbesetzung von ärztlichen Stellen auf – sowohl im Bereich der stationären als auch der ambulanten Versorgung. Diese Situation veranlasste die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den zukünftigen ärztlichen Versorgungsbedarf in Deutschland eingehend zu erörtern und zu analysieren. Dabei wurde die demografische Entwicklung nicht nur der Bevölkerung, sondern auch innerhalb der Ärzteschaft berücksichtigt.



Am 27.08.2009 veranstaltete die Bundesärztekammer in Berlin ein Symposium, bei dem Repräsentanten aus den unterschiedlichsten Bereichen des deutschen Gesundheitswesens die aktuelle Lage analysierten, die Diskussion versachlichten sowie Lösungsoptionen und -ansätze erörterten. Die Teilnehmer sahen dringenden Handlungsbedarf beim Ausbau von Maßnahmen, die den Arztberuf attraktiver machen. Wesentliche Voraussetzung dafür ist die Förderung der Autonomie im Sinne ärztlicher Tätigkeit als freier Beruf.

Die derzeit herrschenden Bedingungen im deutschen Gesundheitswesen wirken in hohem Maße abschreckend auf junge Ärztinnen und Ärzte: Sie kämpfen mit schlechter werdenden Arbeitsbedingungen, empfinden die Vergütung oft als unzureichend oder ungerecht, sehen sich mit enormen bürokratischen Belastungen konfrontiert und stellen oft fest, dass Beruf und Familie unvereinbar sind. In der Konsequenz entscheiden sich Ärztinnen und Ärzte frühzeitig gegen eine weitere kurative Tätigkeit und suchen Alternativen in anderen Berufsfeldern oder im Ausland.

Tatsache ist, dass sich der Ärztemangel in Deutschland zunehmend verschärft und dadurch bedingt immer mehr Schwierigkeiten bei der Besetzung ärztlicher Stellen in Klinik und Praxis auftreten. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Tätigkeit von Honorarärzten in jüngster Zeit an Gewicht. Der Vorstand der Bundesärztekammer nahm diese Entwicklung in seiner Sitzung am 24./27.06.2010 zum Anlass, eine Arbeitsgruppe zum Thema Honorarärzte zu bilden. Sie hat

den Auftrag, alle Fragestellungen zu analysieren, die für die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften mit dem Einsatz von Honorarärzten verbunden sind. Darüber hinaus soll sie Handlungsbedarf aufzeigen und die honorarärztliche Tätigkeit unter berufsrechtlichen und -politischen sowie gesundheitspolitischen Gesichtspunkten bewerten.

Ergebnis dieser Arbeit ist die nun vorliegende vorläufige Positionsbestimmung, der die Vorstände der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im April 2010 einstimmig zugestimmt haben. Die beiden ärztlichen Spitzenorganisationen ziehen auf der Grundlage der vorangehenden Äußerungen zu den einzelnen Themenbereichen nachfolgende Schlussfolgerungen zur honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschland:

1. Honorarärzte sind Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet auf Honorarbasis freiberuflich tätig sind. Wie alle Ärzte jedweder Berufsausübung sind Honorarärzte Mitglieder ihrer Ärztekammer mit allen daraus resultierenden Rechten und Pflichten.
2. Die verzeichnete Zunahme honorarärztlicher Tätigkeit ist nicht Ursache, sondern Auswirkung und Folge des Ärztemangels sowie der erheblich gesunkenen Attraktivität ärztlicher Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis. Auch wenn es gelingt, die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zu verbessern und wenn Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels greifen, wird es künftig Honorarärzte geben: Kurzfristige Einsätze etwa bei Urlaubs-, Krankheits-, Schwangerschafts- oder Praxisvertretungen sind immer erforderlich.
3. Wesentliche Beweggründe für eine honorarärztliche Tätigkeit sind die dabei gefühlte und erlebte Unabhängigkeit sowie die Freiheit, das Maß der eigenen Arbeit selbst bestimmen zu können. Ein weiterer Anreiz sind die besseren Verdienstmöglichkeiten mit voller Vergütung aller geleisteten Arbeitsstunden.
4. Der kollegiale Umgang zwischen Honorarärzten und Ärzten der Stammbesetzung einer medizinischen Einrichtung ist eine wesentliche Voraussetzung für die sachgerechte und qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die Berufsordnung schreibt das Gebot des kollegialen Verhaltens

und Umgangs fest; diesen Grundsatz müssen sich beide Seiten verstärkt bewusst machen. Ein respektvolles Miteinander sowohl in fachlicher als auch menschlicher Hinsicht erfordert klare Strukturen und umsichtige Führung. Gelingt kollegiales Verhalten, entsteht eine win-win-Situation für alle Beteiligten.

5. Die Tätigkeit des Honorararztes bedeutet keine Scheinselbstständigkeit. Daher gilt es bei der Ausgestaltung und Durchführung des Vertrages ausdrücklich insbesondere auf folgenden Punkt zu achten: Der Honorararzt muss seine vertraglichen Pflichten eigenverantwortlich erfüllen.
6. Jeder Arzt haftet für eine eigene schädigende Handlung. Dabei kommt es nicht auf den Bestand eines Vertragsverhältnisses zwischen Patient und Arzt an. Im eigenen Interesse braucht der Honorararzt deshalb unbedingt eine eigene Haftpflichtversicherung. Darüber hinaus empfiehlt es sich zu prüfen, ob gegebenenfalls eine Vermittlungsagentur eine spezielle Haftpflichtversicherung zu Gunsten des Honorararztes abgeschlossen hat, oder ob die jeweilige medizinische Einrichtung über eine Betriebshaftpflichtversicherung verfügt, die den Honorararzt einschließt.



7. Eine honorarärztliche Tätigkeit als freiberuflich ausgerichtete, selbstständige Form der Berufsausübung erfordert eine abgeschlossene Weiterbildung. Sie ist die Grundlage einer ärztlichen Tätigkeit ohne Aufsicht und Anleitung. Dagegen ist eine ärztliche Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung, wie sie für eine ärztliche Weiterbildung erforderlich ist, mit einer Tätigkeit als Honorararzt letztlich nicht vereinbar.
8. Gemäß § 4 (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte sind Honorarärzte wie alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, sich fortzubilden. Dies muss auf Verlangen der Ärztekammer in geeigneter Form nachgewiesen werden können.
9. Honorarärzte, medizinische Einrichtungen als Vertragspartner und gegebenenfalls Vermittlungsagenturen müssen bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Diese gewährleisten beim Einsatz von Honorarärzten, dass das hohe Behandlungsniveau gewahrt bleibt und keine Risikokonstellationen für Patienten und Mitarbeiter entstehen.
10. Unter den gegebenen Voraussetzungen sind Honorarärzte unverzichtbar, um bestehende Versorgungsengpässe oder -spitzen in Klinik und Praxis zu überbrücken. Um die Kontinuität der ärztlichen Patientenversorgung zu wahren, darf ihr Einsatz ein zuträgliches Maß jedoch nicht übersteigen und muss im Verhältnis zum gesamten ärztlichen Dienst einer medizinischen Einrichtung stehen.

Die aufgeführten Positionsbeschreibungen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen können nur eine erste berufspolitische Einschätzung und Bewertung sein. Sie sind daher nicht als abschließend zu verstehen. Eine weitere Beobachtung, fortlaufende Analyse und gegebenenfalls erforderliche Neujustierungen der Positionierungen sind im Sinne von work in progress erforderlich.

Aus Diskussionen mit beteiligten Verbänden und Organisationen resultieren Impulse und Vorschläge, die in den ärztlichen Alltag einfließen müssen. Davon können alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte profitieren, unabhängig von der Form ihrer Berufsausübung. Dies betrifft insbesondere Anregungen und Ansätze, die ärztliche Arbeitsbedingungen verbessern, Arbeitszeitmodelle modernisieren, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf optimieren sowie eine ausreichende Qualität und Quantität an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten sichern und damit Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels anstoßen.

Darüber hinaus gilt es auch, Rückmeldungen und Erfahrungen aus Dialogen im Detail zu analysieren und abzuwägen. Angesichts des nach wie vor zunehmenden Einsatzes von Honorarärzten in Deutschland dient dies der Vorbeugung nicht gerechtfertigter Verallgemeinerungen positiver oder negativer Art. Vor diesem Hintergrund und angesichts fehlender belastbarer Daten ist es erforderlich, den Diskurs mit den beteiligten Verbänden und Organisationen fortzuführen.

Anhang: Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. med. Andreas Crusius,
Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs,
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Ass. jur. Corina Glorius,
Referentin in der gemeinsamen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Ass. jur. Michael Hahn,
Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin

Prof. Dr. med. Frieder Hessenauer,
Präsident der Ärztekammer Rheinland-Pfalz

Dr. rer. oec. Hans-Jürgen Maas (Geschäftsführung),
Leiter des Dezernates V der Bundesärztekammer

Dr. jur. Gerhard Nösser,
Stv. Leiter der gemeinsamen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Markus Rudolphi (Geschäftsführung),
Referent im Dezernat V der Bundesärztekammer

Dr. med. Robert D. Schäfer,
Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein

RA Horst Dieter Schirmer,
Leiter der gemeinsamen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. med. Christian Thomeczek,
Geschäftsführer im Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin

Dr. med. Theodor Windhorst,
Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Dr. med. Udo Wolter,
Präsident der Landeärztekammer Brandenburg

Dr. med. Klaus-Dieter Wurche (Vorsitzender),
Präsident der Ärztekammer Bremen

Copyright für Fotos

Seite	Titel	Fotograf/Institution
1	Titel-Collage	fotolia
8	Ärzte im Gespräch	fotolia
14	Ärzte betrachten Röntgenaufnahme	fotolia
19	Arzt auf Krankenhausflur	fotolia
22	Händeschütteln	fotolia
25	Justitia	fotolia
27	Paragrafenzeichen	fotolia
36	Ärztin im Büro	fotolia
40	Ärzte bei Weiterbildung	fotolia
44	Patient und Ärztin	fotolia
49	Vertrag unterschreiben	fotolia

